



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cateterismo Cardíaco



ETIQUETA DO PACIENTE

Procedimento: Cateterismo Cardíaco (de câmaras direitas e/ou esquerdas com ou sem oximetrias, cineangiocoronariografia e ventriculografia);

Informações Gerais sobre o Exame de Cateterismo Cardíaco:

O seu médico solicitou que o (a) Sr (a) fizesse um exame diagnóstico conhecido como cateterismo cardíaco, também chamado de cineangiocoronariografia com ventriculografia esquerda. Esse exame tem por finalidade principal identificar (diagnosticar) diversos problemas ou doenças cardíacas, inclusive obstruções nos vasos sanguíneos que irrigam o próprio coração (artérias coronárias). Esse exame não tem a finalidade, pelo menos inicialmente, de ser um método de tratamento (desobstrução). O cateterismo cardíaco consiste na introdução de finos tubos plásticos denominados cateteres nas artérias e/ou veias dos braços e pernas, após anestesia local, chegando com eles até o coração, para realizarmos as diversas etapas do exame.

O exame é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda infraestrutura necessária para realização do procedimento com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações. O procedimento tem por finalidade a visualização dos vasos sanguíneos do coração, com o uso de um “corante” chamado contraste que aparece na filmagem com raios-x. O contraste é constituído por substâncias à base de iodo.

Realizam-se também medidas de pressões dentro do coração e dos grandes vasos sanguíneos próximos a ele. Às vezes, é necessário também coletar um pouco do sangue que circula pelo coração ou nos vasos sanguíneos próximos a ele para análise. A quantidade de sangue perdida e/ou coletada durante o cateterismo é geralmente muito pequena, quase nunca levando a necessidade de transfusão sanguínea ou anemia importante.

Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações vasculares como sangramentos e hematomas, lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter; alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste, problemas renais, e muito raramente reações adversas graves como acidente vascular cerebral (derrame cerebral), infarto agudo do miocárdio, necessidade de cirurgia de urgência, choque anafilático ou a morte.

Salvo em caso especiais, mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez não devem se expor a raios-x. Informe ao seu médico e à equipe responsável pela realização do exame se estiver grávida ou houver a possibilidade de gravidez. Eles a informarão se no seu caso os possíveis benefícios do exame superam os riscos.

Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável), RG _____, Órgão/UF _____,
declaro que:

1-Estou ciente e fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) quanto à importância, aos benefícios, às alternativas e aos riscos de eventuais complicações da realização do exame de cateterismo no auxílio dos seguinte(s) diagnóstico(s): _____

2-Recebi todas as explicações sobre o exame e tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, bem como houveram esclarecimentos sobre as consequências de não realizá-lo;

3-Estou ciente de que poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade, tais como: sangramentos e hematomas, lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter; alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste, problemas renais, e, muito raramente, reações adversas graves como acidente vascular cerebral (derrame cerebral), infarto agudo do miocárdio, necessidade de cirurgia de urgência, choque anafilático ou a morte;

4-Estou ciente que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua realização, não existe garantia absoluta nos resultados a serem obtidos;

5-Estou ciente que poderão, entretanto, surgir situações não diagnosticadas pelo presente exame, imprevisíveis ou fortuitas, que necessitem exames e tratamentos médicos específicos;

6-Após ter lido e compreendido a natureza do procedimento terapêutico a que serei submetido, consinto ao(à) médico(a) _____, demais membros de sua equipe e à equipe assistencial do Hospital Unimed Ribeirão Preto – Serviço de Hemodinâmica a realizarem o(s) procedimento(s) e permito também que utilizem os seus próprios julgamentos técnicos para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s);

7-Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Paciente

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

Nome do(a) Responsável

Nº de Identidade / Órgão

Assinatura do(a) Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável (eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Médico(a) / CRM